

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

РЕНЕССАНС ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

С.Н. Занько¹, В.Г. Дородейко², А.Ю. Журавлёв³¹Белорусское медицинское общественное объединение (БМОО) «Репродуктивное здоровье»²ЗАО «Медицинское предприятие Симург»³УЗ «Витебский областной клинический роддом»

Реферат

Внутриматочная контрацепция сегодня - это не только популярный, но и динамично развивающийся метод предупреждения нежеланной беременности. Разнообразные средства позволяют индивидуализировать выбор, а их доказанная эффективность наряду с безопасностью и хорошей переносимостью обеспечивают удовлетворенность использованием, а потому высокую приверженность самих женщин этому методу.

В статье рассматриваются возможности использования и преимущества некоторых отечественных белорусских разработок «Медицинского предприятия Симург». Только у ВМК «Юнона» применяется дифференцированный подход и индивидуальный подбор контрацептива, что позволяет избежать большинства вероятных осложнений. В Республике Беларусь и других странах, где применяются ВМК «Юнона», он широко используется.

Ключевые слова: внутриматочная контрацепция, беременность, ВМС, планирование беременности, репродуктивное здоровье.

RENAISSANCE OF INTRAUTERINE CONTRACEPTION

S.N. Zanko¹, V.G. Dorodeyko², A.Y. Zhuravlev³¹Belarusian Medical Public Association (BMOO) "Reproductive Health"²CJSC "Medical enterprise Simurg"³Healthcare Institution "Vitebsk Regional Clinical Maternity Hospital"

Abstract

Intrauterine contraception today is not only a popular but also a dynamically developing method of preventing unwanted pregnancy. Different means allow individualizing the choice, and their proven effectiveness along with safety and good tolerance ensure satisfaction with use and therefore high adherence of women to this method.

The article discusses the possibilities of use and advantages of some domestic Belarusian developments of "Medical enterprise Simurg". Only IUD "Yunona" uses a differentiated approach and individual selection of contraceptive which allows to avoid most of possible complications. IUDs "Yunona" are widely used in the Republic of Belarus and other countries where they are administered.

Key words: intrauterine contraception, pregnancy, IUD, pregnancy planning, reproductive health.

Несмотря на значительные успехи в борьбе с абортами во всем мире и нашей стране, снижение числа абортов в несколько раз за последние 30 лет, эта проблема всегда будет актуальна, пока будет фигурировать понятие «нежеланной беременности». Сам выбор в такой ситуации и прерывание беременности в каждом частном случае – психологическая травма и манипуляция, связанная с целым рядом осложнений, оставляющая след на

всю жизнь, а порой лишаящая женщину будущего материнства.

Контрацепция, которая стала общепризнанной только в последние 40 лет, является необходимой частью современной жизни. Она разделила секс и деторождение, обеспечила парам достаточно надежный контроль за последним и наслаждение жизнью в этом отношении. Контрацепция позволяет повысить качество жизни как нас самих, так

и наших близких. Она подразумевает и личную, и общественную ответственность [16].

В известной библейской притче сказано так. Один из ангелов обратился с вопросом к всевышнему: «Господь, почему ты не накажешь женщину за грех детоубийства в чреве своем?» Ответ был таков: «Я накажу, когда грех станет больше ее горя».

И дело не только в том, что до сегодняшнего дня во многих странах в качестве основного метода планирования семьи по-прежнему остается «авось!» и прерывание нежеланной беременности, а не ее предупреждение, а в числе рожденных детей большую долю составляют дети от беременности «по залету».

Фертильность снижается с повышением благосостояния общества. Это связано с контрацепцией и абортами. Для современной женщины характерно более раннее менархе и более раннее начало половой жизни.

В современном обществе в вопросе, как поступить с нежеланной беременностью, играют роль не только социальные ограничения в виде «внебрачных» беременностей, но и желание получить образование, сделать карьеру, решить бытовые вопросы, наличие жилья, достаток и т.д.

Поэтому чрезвычайно важно понимание врачом и, самое главное, самой женщиной контрацепции как способа управления собственной судьбой. Как одно из основных положений гендерного равенства в современном обществе после многих тысячелетий безальтернативности выбора: женская жизнь раз и навсегда связана с продолжением рода и неминуемой многодетностью, женщине предоставляется возможность высвободить время и таланты своей женской половины для полноценной реализации без ущерба для репродуктивного здоровья в целом [30]. Вот почему предупреждение аборт и все методы без исключения, способствующие этому, всегда будут на пике интереса.

До шестидесятых годов прошлого столетия не существовало национальных служб планирования семьи, не проводились исследования в этой области, не существовала законодательная база как таковая.

На Каирской конференции в 1994 году мировое сообщество взяло на себя обязательство, впоследствии неоднократно подтвержденное на других международных форумах, обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья. Среди базовых характеристик репродуктивного здоровья, входящих, в част-

ности, в перечень индикаторов для достижения Целей тысячелетия в области развития, - распространенность контрацепции и неудовлетворенная потребность в планировании семьи [37, 38].

Распространенность контрацепции (*contraceptive prevalence*) определяется как доля женщин, которые - или партнер которых, - в настоящее время (как правило, в течение месяца перед опросом или во время последнего сексуального контакта) используют хотя бы один метод контрацепции. Обычно этот показатель рассчитывается для женщин репродуктивного возраста (15–49 лет), состоящих в зарегистрированном или незарегистрированном браке.

Источником данных для подготовленного Отделом народонаселения ООН обзора послужили национально репрезентативные обследования домохозяйств, такие, например, как Demographic and Health Surveys - DHS («Обследования демографических характеристик и репродуктивного здоровья»), Fertility and Family Surveys - FFS («Обследования рождаемости и семьи»), Reproductive Health Surveys - RHS («Обследования репродуктивного здоровья»), Multiple Indicator Cluster Surveys - MICS («Многоцелевые выборочные обследования») и др. При написании руководства использованы статистические данные официальных бюллетеней и дополнительно в Беларуси и Украине - «Multiple Indicator Cluster Surveys/MICS3», в России РиДМиЖ (2017) и «Национальные медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ» - Москва, 2015 [1, 3, 4, 37, 38].

Для удобства анализа все методы контрацепции принято делить на две группы: современные и традиционные (Рис. 1). Современные включают женскую и мужскую стерилизацию, гормональные



Рисунок 1. Распространенность контрацепции в мире, % от числа женщин в возрасте 15–49 лет, имеющих партнера

таблетки, инъекции, импланты, внутриматочные спирали (ВМС), мужской презерватив, вагинальные барьерные методы, женский презерватив и срочную контрацепцию. К традиционным методам относят метод ритма (периодическое воздержание), прерванное половое сношение, длительное воздержание, спринцевание, метод лактационной аменореи и разные народные методы.

Согласно полученным оценкам, распространенность контрацепции варьирует от 3% в Чаде до 88% в Норвегии, при среднемировом уровне - 63% женщин репродуктивного возраста, состоящих в партнерском союзе.

В мире в целом самый распространенный метод контрацепции - стерилизация, его выбирают 20% женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в партнерском союзе. Особенно высока популярность женской стерилизации в Латинской Америке и Карибском бассейне, а среди стран - в Бразилии, Пуэрто-Рико и Доминиканской Республике.

Второй по распространенности метод контрацепции в мире - ВМС (14% женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в партнерстве). ВМС является самым распространенным методом в Азии, особенно часто он используется в КНДР, Узбекистане и Вьетнаме.

Гормональные таблетки занимают третье место в мире по частоте использования в качестве метода контрацепции (9% женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в зарегистрированном или незарегистрированном браке). Удельный вес применяющих данный метод женщин находится в пределах от 20 до 40% в четырех странах Азии, 11 странах Европы, 11 странах Латинской Америки и в четырех в Океании. Наибольшее распространение (свыше 40%) оральные контрацептивы получили в таких странах, как Алжир, Бельгия, Франция, Германия, Марокко, Нидерланды, Португалия, Реюньон, Зимбабве).

На четвертом месте в мире среди современных методов контрацепции находится мужской презерватив (6% пар репродуктивного возраста). Среди стран наиболее частым использованием презерватива выделяются жители Гонконга (46%) и Японии (41%). Остальные страны с высокой распространенностью презерватива в основном расположены в Европе.

Традиционные методы контрацепции, которые специалисты обычно не рекомендуют использовать из-за их низкой эффективности, все еще распространены в Центральной (65%) и Западной Африке (37%), Западной Азии (35%) и Восточной

Европе (32%). Например, в Азербайджане 64% пользователей контрацепции полагаются на прерванный половой акт.

Без малого тридцать лет прошло с того времени, когда на карте мира не стало великой державы под названием Союз Советских Социалистических Республик. До сих пор политики не определяются: это благо или трагедия для государств, входивших в состав СССР и всего мира. Но суть нашего разговора, естественно, не об этом.

Основным средством регуляции рождаемости в СССР являлось прерывание беременности. Отсюда и известное изречение: репродуктивное поведение в СССР - «абортная культура».

Отсутствие в вопросах планирования семьи какой бы то ни было государственной политики, вмешательства церкви, школы, привело к тому, что прописанное в конституции право женщины решать судьбу беременности ушло в область внутрисемейного контроля: снова «Авось!».

Все это стало напоминать театр абсурда, когда министр здравоохранения СССР уверял с экрана телевизора, что будет закуплено достаточное количество презервативов, и проблема контрацепции будет решена. А беременные женщины, с того времени как мини-аборты стали доступны, начали делать «вакуумы» в процедурных кабинетах на производстве в обеденный перерыв по пути из цеха в столовую или наоборот! Естественно, сама мысль об учете и статистике этих беременностей выглядит смешной.

Очередной парадокс заключался в том, что в силу религиозных ограничений и отсутствия «доступности» медицинской услуги это в меньшей мере коснулось республик Кавказа и Средней Азии. А также ввиду приверженности европейским ценностям республик Прибалтики. И «лидерами» в том оказались европейские славянские страны: Россия, Украина и Белоруссия.

Что же изменилось за эти годы? Увы, немного!

Надо отметить, что все постсоветские страны имеют либеральные законы об абортах с незначительными различиями. В странах нет правовых препятствий для использования современных контрацептивов.

Но, к глубокому сожалению, приоритеты в государственной политике сегодня находятся в той плоскости, когда на смену научным разработкам и доказательности приходит религиозный фундаментализм и пронатализм. Как следствие, задачи, которые ставятся перед обществом и здравоохранением (и соответствующими министерствами госаппарата): рост рождаемости любым

путем как путь решения кризиса демографической ситуации. И декларируется борьба с абортами без альтернативы, как метод роста рождаемости.

Особая тема в современном обществе: роль религии, и ее влияние на важные социальные, медицинские и другие аспекты весьма разнообразно. Взять хотя бы громкую тему признания однополых браков, разрешение воспитания детей в таких семьях, что противоречит всем канонам любых религиозных конфессий, продавливается церковью в угоду целого ряда сиюминутных требований общества.

До недавнего времени в вопросах абортсв официальная церковь была едина. И вот первый пример разумного понимания социального значения обсуждаемой проблемы главой православной церкви: патриарх Московский и всея Руси Кирилл предложил вывести прерывание беременности за исключением прямой угрозы матери из системы медицинского страхования. Плата за проведение аборта должна, естественно, уменьшить их количество. Но это только часть решения основного постулата планирования семьи.

Аборт должен быть платным - контрацепция бесплатна!

Любой анализ положения дел начинается со статистики. Понятно, что статистика в этом вопросе состоит из двух разделов: учет прерванных беременностей и учет примененных методов контрацепции.

И вот здесь начинаются проблемы. Анипуляции по прерыванию беременности проводятся как в государственных, так и коммерческих центрах,

что определенным образом корректность статистической информации ставит под сомнение ввиду отсутствия единых статистических форм отчетности и контроля за достоверностью предоставляемой информации. Вторая проблема состоит в том, что учет производится по разным учетным рубрикам: вакуум-аспирация, медикаментозный аборт, самопроизвольный аборт, медицинский аборт, самопроизвольный аборт, криминальный и неуточненный. При такой ситуации трудно избежать дублирования в трактовках той или иной рубрики при ее шифровке.

Статистический учет контрацептивов также является весьма условным. Если установка ВМК является врачебной манипуляцией, и ВМК визуализируется при ультразвуковом обследовании, то учет гормональной контрацепции является учетом рекомендаций, которые получают пациентки. А что уже говорить о барьерных методах, химической контрацепции и других вариантах.

Поэтому, к сожалению, надо констатировать, что статистика и учет в том виде, как это есть сегодня, позволяет судить только о тенденции и динамике. Так вот эта тенденция такова: суммарная доля женщин, использующих различные виды контрацепции в наших странах, выросла (Рис. 2). Рост определяется с 28 до 41% в Беларуси, с 18 до 32% в Украине и 22 до 25% в России (в сравнении данные 1990 и 2011 гг.).

Такая тенденция среди профессионалов, которые занимаются вопросами регуляции рождаемости и контрацепции получила название «славянский стандарт» (Рис. 2).

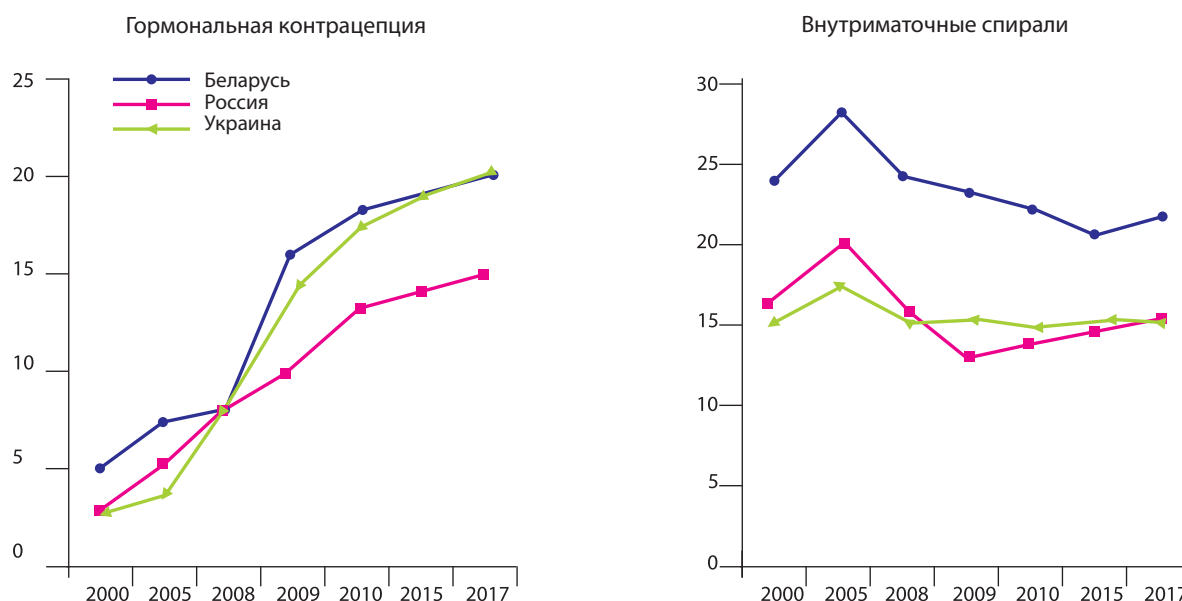


Рисунок 2. Тенденции контрацепции в постсоветских странах

В чем причина сложившейся ситуации? Хорошо это или плохо с точки зрения эффективной и безопасной контрацепции?

Прежде всего, с нашей точки зрения, торжествует основной принцип этических требований при выборе того или иного метода контрацепции: вне зависимости от убеждения врача он обязан информировать о возможных вариантах и возможных осложнениях, а выбирать должна пациентка.

Подводя итог раздела, надо сказать, что, к сожалению, за последние 30 лет каких-то качественных существенных изменений в вопросах планирования семьи в наших странах не произошло. Такое положение вещей неизбежно приводит к неэффективному использованию контрацепции и увеличению риска нежелательной беременности.

Вместе с тем, ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что потенциал контрацепции велик. Несколько примеров: государственная политика, направленная на активное использование контрацептивов, в США привела к снижению количества аборт за 8 лет на 3,9 млн; в Нигерии после того, как стали бесплатными контрацептивы, стоимость лечения осложнений аборт снизилась на 14,2 млн., в Германии более 20 лет проводится страховое покрытие контрацептивов для девушек до 18 лет [8, 48, 49].

Стремясь к полноценной информированности врачей в вопросах гормональной контрацепции (развивающейся динамично и постоянно требующей от врачей обновления специальных знаний), профессиональные источники медицинской информации часто оставляют «в тени» другие эффективные противозачаточные методы, в частности, внутриматочную контрацепцию, которая на поверку оказывается даже несколько более востребованной самими женщинами (см. выше) по сравнению с комбинированной гормональной контрацепцией (!).

А между тем в информационном поле внутриматочных контрацептивных средств есть свои новости, и некоторые из них способны поднять этот давно известный метод на качественно новый уровень [15].

Прежде всего это касается эффективности, безопасности, контролируемости и экономической целесообразности использования ВМК как современного метода контрацепции.

По заключению ВОЗ: «...современные медьсодержащие ВМС, примененные по показаниям, возможно являются наиболее эффективным и надежным методом контрацепции».

Внутриматочная контрацепция (ВМК) извест-

на с древних времен как метод предохранения от беременности у людей и животных.

Нет достоверных исторических сведений о том, когда, где и насколько успешно был открыт метод внутриматочной контрацепции. Часто в таких случаях легенды и небывлицы становятся «источником информации». К примеру, впервые рассказали (в качестве исторического анекдота) на конференции по планированию семьи в середине 1980-х легенду о верблюдах. Ее повторили многократно и в конце концов стали считать историческим фактом: во время длительных караванных переходов арабские кочевники якобы вводили мелкие камни в матку верблюдиц с контрацептивной целью.

С другой стороны, в оригинальном тексте клятвы Гиппократ (III век до н. э.) есть фраза об этом методе («я не вручу никакой женщине абортивного пессария»).

Начало внутриматочной контрацепции в ее современном представлении было положено лишь в начале XX века.

Первая публикация с описанием внутриматочного кольца из шелковых нитей принадлежала перу доктора Ричарда Рихтера (Германия) и была опубликована в 1909 году.

Начиная с 1950-х годов совершенствование методики стало набирать обороты. Датой появления первого поколения современных внутриматочных контрацептивов считают 1962 год, когда медицинский статистик Кристофер Титце проанализировал клинические данные об использовании колец Графенберга и Ота и, получив многообещающие результаты, организовал Международный симпозиум по внутриматочной контрацепции (Нью-Йорк, США). В рамках мероприятия впервые представили свои разработки доктора Лазарь Маргулис (США) и Джек Липпс (США).

Согласно результатам Кокрейновского обзора, опубликованного в 2007 году, ТСu380А до сих пор остается лучшей в своем классе по контрацептивной эффективности и переносимости [5, 6, 17, 18, 35, 36].

Современные варианты внутриматочной контрацепции различают по материалам, из которых они изготовлены.

Медьсодержащие контрацептивы второго поколения распространены достаточно широко. Для повышения устойчивости к коррозии оплетку корпуса контрацептива проводят нитью из сплава меди с драгоценными металлами. Это чрезвычайно остроумное добавление золота препятствует фрагментации проволоки, увеличивая предельно

допустимый срок применения приспособления до 6–10 лет. Чрезвычайно уместным оказывается также давно известный бактерицидный и фунгистатический эффект ионов золота [8, 9, 10]. Нельзя сбрасывать со счетов и психологический эффект: «золотоносительница» чувствует себя увереннее из-за подсознательной ассоциации золота с благополучием [11, 12].

Гормонально активные внутриматочные контрацептивные системы обеспечивают дополнительные контрацептивные эффекты в виде сгущения цервикальной слизи и выраженного подавления пролиферации эндометрия и децидуализации стромы.

К настоящему времени известно около 100 разновидностей ВМК.

Всемирная Организация Здравоохранения, Международная федерация планирования семьи рекомендуют внутриматочную контрацепцию как высокоэффективный и безопасный способ предохранения от нежеланной беременности, обеспечивающий сохранение здоровья женщин и их будущих детей [12, 37, 38].

Внутриматочная контрацепция, согласно данным опроса, проведенного Министерством здравоохранения и Европейским Бюро ВОЗ, является наиболее распространенным и популярным методом предупреждения беременности в Республике Беларусь. Этот способ предпочитают 53% опрошенных женщин, использующих те или иные противозачаточные средства. В настоящее время внутриматочные противозачаточные средства (ВМС) по распространенности занимают первое место в мире среди эффективных и обратимых методов предупреждения беременности (чаще используется только хирургическая стерилизация, но этот метод является необратимым) [8, 12, 14].

В таких разных странах как Китай, Норвегия, Финляндия и Египет, где никогда не было эпизодов негативного отношения к спиралям, более 100 млн. женщин являются группой постоянного потребления.

ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА

Многолетний опыт применения внутриматочной контрацепции женщинами всего мира показывает, что этот метод имеет ряд весомых преимуществ.

Высокая контрацептивная эффективность.

Индекс Перля составляет 0,2–0,8 при типичном применении и 0,2–0,6 при должном. Для сравне-

ния: тот же показатель для метода хирургической стерилизации составляет 0,5, а для комбинированных эстроген-гестагенных средств – 0,3 при идеальном использовании и 9,0 (!) при типичном [2, 11, 18, 23, 24, 25].

Обратимость.

У большинства женщин фертильность восстанавливается уже в первом цикле после извлечения контрацептива [26].

Простота и конфиденциальность употребления.

Отсутствие необходимости использовать средство в непосредственной связи с половым актом и уведомлять партнера о выбранной контрацептивной стратегии положительно сказывается на комплаентности метода. По данным социологических опросов, именно потребительницы ВМС наиболее удовлетворены этим методом предохранения (98%), в то время как гормональные пероральные средства устраивают 92% респонденток, а презервативы лишь 87% [33].

Срок действия и удобство применения.

Использование одного и того же контрацептива в течение нескольких лет также чрезвычайно удобно, в том числе по ценовой экономической доступности. Результаты популяционного исследования (Беларусь) показали, что ВМС – высокоприемлемый метод именно для пациенток с низким уровнем дохода [34].

ДРУГИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

Отсутствие системного воздействия – Экологический метод контрацепции (обуславливает возможность назначения внутриматочного средства в период лактации, а также при необходимости в экстренной (посткоитальной) контрацепции и при наличии противопоказаний к системному применению эстрогенсодержащих препаратов [7, 12, 13].

Метод также безопасен в отношении инфекционного риска и предоставляет дополнительные терапевтические возможности при использовании левоноргестрелсодержащих внутриматочных систем [20, 21].

В литературе есть множество доказательств эффективности ЛНГ-ВМС в лечении гиперплазии эндометрия. По мнению исследователей, такая тактика – достойная альтернатива хирургическому лечению. Применение ЛНГ-ВМС в лечении сложной гиперплазии эндометрия и гиперплазии с ати-

пией приводит к лучшим результатам в сравнении с синтетическими гестагенами для перорального приема (92 против 66% и 90 против 69% соответственно) в отсутствие статистически значимых различий в успешности лечения простой гиперплазии.

Еще одно уникальное свойство ВМК (внутриматочного контрацептива), которое в одинаковой мере важно как для доктора, так и для пациентки - визуализация при осмотре на УЗИ. Это позволяет констатировать наличие ВМК, а значит, контрацептивную безопасность и учет. Кроме этого, при таком осмотре, а женщины достаточно часто прибегают к этому методу ввиду доступности, можно убедиться в том, что ВМК на момент осмотра имеет правильную установку.

Немаловажным фактором в пользу применения ВМК является наличие в нашем обществе гормонофобии. В этой ситуации предпочтение женщин заведомо определено не в пользу гормональных препаратов. Наиболее приемлемой альтернативой в таких ситуациях является использование ВМК.

У ВМК есть еще один «+», связанный с их длительным использованием, и вследствие этого четкое понимание ограничений к применению, противопоказаний и возможных осложнений, путей их профилактики [14, 19, 22, 27, 30].

Что касается проблемы ВЗОМТ, то их относительный риск оказывается повышенным в первые 20 дней после введения средства, затем возвращается к исходным показателям. Абсолютный же риск остаётся незначительным. Причиной тому служит не сам контрацептив, а его микробное обсеменение в процессе установки.

С проблемой обильных менструаций на фоне использования метода зачастую можно успешно

справиться при помощи нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), а повышенная вероятность экспульсии у подростков (от 5 до 22% в сравнении с 3–5% в популяции), как и эпизод выпадения средства в анамнезе, нельзя считать противопоказанием к применению, – в частности, таково мнение Американского общества планирования семьи [13, 19].

Резюмируя, можно сказать, что обсуждаемый метод оптимален для моногамных союзов, поскольку позволяет безукоснительно придерживаться поставленных репродуктивных планов - желанный ребенок появится в наиболее подходящее семье время. С учетом дешевизны и большой длительности действия именно внутриматочные средства в ситуациях стабильной потребности в контрацепции следует признать наиболее удачным выбором.

По нашему мнению, разработки, позволяющие снизить частоту возможных известных побочных действий и осложнений при использовании традиционных методов контрацепции, являются перспективным, а главное, надежным путем к успеху.

Нам бы хотелось остановиться на некоторых отечественных белорусских разработках «Медицинского предприятия Симура».

Только у ВМК «Юнона» применяется дифференцированный подход и индивидуальный подбор контрацептива, что позволяет избежать большинства вероятных осложнений.

Наиболее обсуждаемый вопрос у противников ВМК: осложнения, вызванные наличием в матке инородного тела. В Республике Беларусь и других странах, где применяются ВМК «Юнона», широко используется дифференцированный подход к применению внутриматочной контрацепции (Рис. 3).

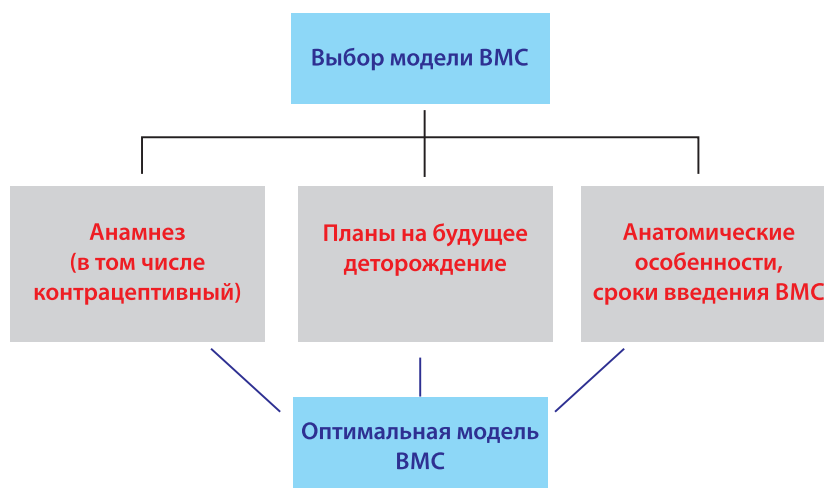


Рисунок 3. Дифференцированный подход к применению ВМК

К безопасным и высокоэффективным средствам предупреждения беременности относят ВМС серии «Юнона Био-Т». Одним из важных критериев безопасности применения ВМК является правильный выбор длительности непрерывного нахождения в полости матки.

Наличие различных моделей ВМС «Юнона Био-Т» позволяет дифференцированно подобрать подходящий контрацептив для женщины с учетом индивидуальных особенностей. Указанные модели ВМС могут быть рекомендованы следующим группам женщин. Для длительной (7-9 лет) контрацепции наиболее целесообразно применение контрацептивов с золотом (до 9 лет Юнона Juno Gold) или с серебром (до 7 лет «Юнона Био-Т Ag кольцеобразной формы тип 2», «Юнона Био-Т Ag, «Юнона Био Multi Ag, Juno T Au»). Добавление благородных металлов увеличивает срок использования средства за счет медленной и равномерной диффузии ионов меди. Для контрацепции между родами (3-5 лет) показаны «Юнона Био-Т 380» или «Юнона Био Multi». «Юнона Био-Т кольцеобразной формы» - медьсодержащие ВМС в форме кольца двух размеров (Тип №1 и Тип №2) рекомендуются после медицинского аборта, вакуум-аспирации, а также женщинам, имеющим в анамнезе экспульсии ВМС других моделей. Тип 1 показан в качестве средства контрацепции нерожавшим, а тип 2 – рожавшим женщинам. Тип 2 может быть использован при истмико-цервикальной недостаточности органического и функционального характера. Введение кольцеобразных моделей этой серии производится методом «вталкивания», точно так же, как и введение ВМС «Мультилоуд Cu375». Срок использования «Юнона Био-Т Ag кольцеобразной формы» тип 1 первого типа составляет 5 лет, ВМС «Юнона Био-Т Ag кольцеобразной формы» тип 2 - 7 лет.

ВМС «Юнона Био-Т Super» обработан препаратами прополиса, обладающими бактерицидными свойствами. Поэтому средство рекомендуется женщинам, перенесшим воспалительные заболеваний гениталий. Срок использования составляет 5 лет.

Безусловным и основным требованием к изделиям компании «Симург» является гарантированное качество. И это также является гарантией безопасности и методом профилактики различных осложнений. В Республике Беларусь принят и действует Международный стандарт ISO 7439:2002 и 7439:2019 Copper-bearing intrauterine contraceptive devices.

Как ни странно, но частый вопрос у потребителя: «Почему цена на ВМК такая низкая?». Этот

вопрос как бы ставит под сомнение качество этого метода контрацепции. Стоимость внутриматочной контрацепции на 5 лет в 240 раз ниже стоимости гормональной контрацепции. Сравните стоимость 1 спирали и 65 упаковок противозачаточных таблеток (на 1 год требуется 13 упаковок таблеток). Ответ прост, при высочайшем европейском качестве ВМК «Юнона» в странах бывшего СССР нет ни одного признанного производителя «брендовых» гормональных контрацептивов. Это один из основных факторов, определяющих их стоимость.

Необходимый комплекс мероприятий перед введением ВМС включает бимануальное гинекологическое исследование и осмотр шейки матки в зеркалах, а также бактериоскопию мазка содержимого влагалища. Перед установкой контрацептива не следует проводить рутинные клинические и/или биохимические анализы крови; анализ крови на содержание антител к ВИЧ, гепатиту, сифилису; УЗИ органов малого таза; осмотр и пальпацию молочных желез, равно как и профилактически назначать антибактериальные препараты.

Также необходима тщательная обработка шейки матки и влагалища раствором эффективного антисептика не менее 2-3 раз и недопущение прикосновений маточного зонда и вводной трубки контрацептива к стенкам влагалища и зеркалам. В случае повышенного риска возникновения воспалительных заболеваний целесообразно назначение профилактической антибиотикотерапии (доксциклин или эритромицин).

Для предотвращения болезненности при введении ВМС, особенно у нерожавших женщин, оправдано проведение парацервикальной анестезии 1% раствором лидокаина. Анестетик вводится парацервикально по 1-2 мл в две точки, соответствующие 4 и 8 часам. Обезболивание наступает через 2-5 минут.

Чрезвычайно важное значение для успешного использования ВМК имеет техника установки ВМК. Поэтому вероятность неправильной установки и возможных осложнений для ВМК «Юнона» снижается при использовании специ-



Рисунок 4. ВМК «Юнона» с приспособлением для установки «Наутилус»

ального приспособления для установки ВМК «Наутилус» (Рис. 4).

Крайне редко возникает необходимость инструментального расширения цервикального канала для введения внутриматочного противозачаточного средства. После истечения времени эксплуатации контрацептива и отсутствии осложнений, новое ВМС может быть введено сразу после удаления предшествующего, перерыв на «отдых» в данном случае нецелесообразен.

В первые 3–6 месяцев использования контрацептива при увеличении обильности менструальных выделений коррекция не требуется. Если состояние продолжается после шести месяцев применения средства или возобновляется после стабилизации менструального цикла, важно исключить смещение контрацептива, ИППП, беременность или новообразование (полип, миома). Если ничего обнаружить не удастся, возможен краткосрочный (5–7 дней) прием НПВС. В случае продолжающегося кровотечения, неприемлемого для женщины, следует обсудить с ней возможность смены метода предохранения.

В рамках Государственной научно-технической программы по заданию «Разработать и внедрить систему дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции на основе использования белорусских внутриматочных спиралей» проведено исследование клинических аспектов использования ВМК «Юнона».

Метод дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции внедрен в ряде регионов Республики Беларусь (западные и восточные районы, областные и районные центры). В Витебской, Гомельской, Гродненской и Могилевской областях проводилось проспективное наблюдение за 869 женщинами, введение внутриматочных контрацептивов которым производилось в соответствии с разработанным методом дифференцированного применения различных моделей белорусских ВМС. При помощи математических программ проведен ввод анкет и статисти-

ческая обработка результатов применения ВМС с учетом дифференцированного подхода.

Внутриматочную контрацепцию предпочитали женщины в раннем репродуктивном возрасте (79,85%), замужние (92,1%), ведущие регулярную половую жизнь (94,98%). Ранее применяли и снова выбрали ВМС для предохранения от беременности 16,22% женщин в возрасте 18–25 лет; 48,72% - 26–35 лет; 62,07% - 36–40 лет и 38,46% - старше 40 лет.

Наибольшее количество осложнений, явившихся причиной преждевременного удаления ВМС, наблюдалось в группе женщин, внутриматочные контрацептивы которым введены на 5–6 неделе после родов (11,76 %). Традиционные сроки установки (3–4 день месячных), по-прежнему предпочитаемые врачами гинекологами, не являются оптимальными (5,47% осложнений). Лучшие результаты и меньшее число осложнений наблюдались при установке ВМС на 6–14 день менструального цикла (1,75 %). На протяжении всего периода наблюдения за 869 женщинами установлены следующие осложнения, явившиеся причиной преждевременного удаления ВМС: маточная беременность (0,54%); кровотечения (1,39 %); полная (1,94%) и частичная экспульсия (1,08%). В подавляющем большинстве случаев самопроизвольное изгнание отмечено в течение первых 3-х месяцев использования, чаще при установке после родов. Таких осложнений, как боли внизу живота, воспалительные заболевания женских половых органов, перфорация матки, зарегистрировано не было. Оценка эффективности предложенной системы дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции проводилась также по индексу Pearle, который составил 0,55 за время использования ВМС серии «Юнона». В сравнительном плане с другими моделями картина выглядит следующим образом (Табл. 1).

Приемлемость, т.е. количество женщин, продолжающих использовать этот метод контрацепции к концу первого года применения ВМС, составила 94,2%.

Таблица 1. Клиническая эффективность и осложнения других видов ВМК.
(Сперофф Л., Дарни Ф.Д. Клиническое руководство по контрацепции [16])

ВМС	Частота беременностей, %	Частота экспульсий, %	Частота удалений, %
Петля Липпса	3	12–20	12–15
Cu-7	2–3	6	11
TCu-220	3	8	11
NCu-380A	0,5–0,8	5	14
ВМС с левоноргестрелом	0,2	6	17

Таким образом, можно сделать вывод о преимуществах белорусских ВМК «Юнона» по ряду параметров в сравнении с другими изученными моделями.

Таким образом, внутриматочная контрацепция сегодня - это не только популярный, но и динамично развивающийся метод предупреждения нежеланной беременности. Разнообразные средства позволяют индивидуализировать выбор, а их доказанная эффективность наряду с безопасностью и хорошей переносимостью обеспечивают удовлетворённость использованием, а потому высокую приверженность самих женщин этому методу.

Необходимость повсеместной актуализации метода, в том числе обновления знаний по имеющимся новинкам (в первую очередь золотосодержащим), обусловлена главным образом выбором самих женщин: при всех усилиях популяризации гормональной контрацепции они всё равно готовы с той же, если не с большей, частотой отдавать предпочтение «молчащему» контрацептивному методу.

Наверное, не последнее значение в выборе славянских женщин играет «памяркоўнасць». Известная английская поговорка гласит: «*Дорожки в парке нужно мостить по уже протоптанным тропинкам*», поэтому совершенствование внутриматочных контрацептивных средств останется одной из самых востребованных и перспективных тематик в ближайшем будущем мировой гинекологии.

Внутриматочная контрацепция сегодня – это не альтернатива гормональной, а разумный выбор! Основная причина в том, что этот метод экологичен: без использования фармакологических субстанций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беларусь: структура семьи, семейные отношения, репродуктивное поведение. Том 2. Анализ результатов исследования «Поколение и гендер». UNISF. - Минск, - 2018 - 190 С.
2. Беляев С.П., Дородейко В.Г., Ермолаев В.А., и др. Применение материалов с ЭПФ в гинекологии// Материалы с эффектом памяти формы и их применение. - Новгород - Ленинград, 1989. - С. 184-186.
3. Блюменталь П. Д., Макинтош Н. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции, пер. с англ., изд. 2, США, 1998, 406 с.
4. Выбор и планирование.//Entre Nous – Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. №719 - 2014. – World Health Organization.
5. Regional office for UNFPA. 48 с.
6. Внутриматочная контрацепция: новые технологии. – ИНВАР. 2012 – 21 с.
7. Галущенко Е.М. Актуальные вопросы внутриматочной контрацепции (обзор литературы)// Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – №9-1. – С. 37-40.
8. Додхоева М.Ф. Реабилитация после удаления внутриматочной спирали/Додхоева М.Ф., Олимова О.Т.//Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2006. – №4. – С. 367-370.
9. Журавлев А.Ю. Современные аспекты внутриматочной контрацепции/Журавлев А.Ю., Занько С.Н., Дородейко В.Г.//Охрана материнства и детства. – 2005. – № 1-6. – С. 86-92.
10. Журавлев Ю.В. Выбор оптимального временного интервала для введения внутриматочных противозачаточных средств//Здравоохранение Белоруссии. - 1991. - №12. - С. 12-14.
11. Журавлев Ю.В., Дородейко В.Г. Клиническое значение величины некоторых физических параметров внутриматочных контрацептивов//Репродукция, планирование семьи и экстрагенитальная патология. - Минск, 1993. - С. 21-22.
12. Журавлев Ю.В., Машинец Л.Ю. Сравнительное изучение эффективности внутриматочных контрацептивов типа петли Липпеса//Здравоохранение Белоруссии. - 1991. - № 4. - С. 49-51.
13. Занько С.Н. Профилактика воспалительных осложнений при внутриматочных вмешательствах. – Медицинские новости, №6, - 2005, С. 52-56.
14. Комарова В.С. Течение воспалительных заболеваний органов малого таза на фоне длительного применения внутриматочных контрацептивов/Комарова В.С., Хлыбова С.В., Зайцева Е.Г.//Вятский медицинский вестник. – 2010. – №3. – С. 8-14.
15. Зильбер М. Ю. Особенности течения беременности, родов и состояние новорожденных и женщин, использовавших внутриматочную гормональную систему Мирена/Зильбер М. Ю., Журавлева Ю. А. //Уральский медицинский журнал. – 2007. – №2. – С. 14– 16.
16. Лебедева Н.И., Руднева О.Д., Маклецова С.А. Ренессанс внутриматочной контрацепции//Под редакцией В.Е. Радзинского//Москва, - 2013. – 21с.
17. Леон Сперофф, Филип Д. Клиническое руководство по контрацепции. – Москва, - 2009. – 430 с.
18. Майоров М.В. Внутриматочная контрацепция: вчера и сегодня//Провизор. 2008. - №6. - С. 32-38.
19. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. – Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, 4 из

- дание, 2009», - Москва, 2012. – 10 с.
19. Петров Ю.А. Особенности менструального цикла при применении подкожных контрацептивов/Петров Ю.А., Арндт И.Г.//Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №2. – С. 147.
20. Петров Ю.А. Семья и здоровье. – М.: Медицинская книга, 2014. – 312 с.
21. Петров Ю.А. Хронический эндометрит в репродуктивном возрасте: этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика: дисс. д-ра мед. наук. – М., 2012. – 47 с.
22. Пичугин А.П. Редкое осложнение после установки внутриматочного контрацептива/Пичугин А.П., Новосельцева О.В.//Тихоокеанский медицинский журнал. – 2006. – №1. – С. 94-95.
23. Петров Ю.А. Эффективность внутриматочной контрацепции (Обзор литературы)//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – №3-1. – С. 72-76;
24. Прилепская В.Н. Внутриматочная гормональная система: влияние на качество жизни/Прилепская В.Н., Назарова Н.М., Стеняева Н.Н.//Медицинский совет. – 2015. – №17. – С. 132-135.
25. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М. и др. Контрацептивные и лечебные аспекты современных методов контрацепции (клинические лекции). М: МЕДпресс-информ 2006. – 124 с.
26. Применение контрацепции в мире в 1915 году //United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017)-World Contraceptive Use 2015 (POP/DB/CP/Rev2017). – 32 с.
27. Протасова И.Н. Клинико-иммунологические и микробиологические показатели при гнойных воспалительных заболеваниях придатков матки, развившихся при использовании внутриматочной контрацепции/Протасова И.Н., Цхай В.Б., Перьянова О.В.//Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина – 2007. – №1. – С. 10-14.
28. Роль государственной политики в вопросах контрацепции. – Демоскоп Weekly. – 2012. - №505-506. – 18 с.
29. Руководство по охране репродуктивного здоровья.//М. – 2001. – С.564. 19. Руководство по планированию семьи./Научный редактор В.Н. Серов – М.; «РУСФАРМАМЕД», 1997. – 298 с.
30. Синчихин С.П. К вопросу об удалении внутриматочной спирали при внутриматочной контрацепции/Синчихин С.П., Мамиев О.Б.//Астраханский медицинский журнал. – 2011. – №5. – С. 190-193.
31. Сперофф Л., Дарин Ф.Д. Клиническое руководство по контрацепции/Пер. с англ./Под редакцией проф. В.И. Прилепской. - М.: Издательство БИ-НОМ. 2009. - 432 с.: ил.
32. Справочник по контрацепции. Под редакцией Донны Шоуп, Даниеля Р. Мишеля//Издательская группа «Гэотар-Медиа». - Москва, - 2018, - т
33. Тихомиров А.Л. Внутриматочная гормональная контрацепция – локальная и логичная/Тихомиров А.Л., Сарсания С.И.//Медицинский совет. – 2014. – №9. – С. 8-11.
34. Харленок В.И., Дейкало Н.С., Супрун Л.Я., и др. Новый подход к внутриматочной контрацепции на основе использования белорусских ВМС. – «Охрана материнства и детства», - №2, - 2001, - С. 103-111.
35. Grimes DA et al. Cochrane systematic reviews of IUD trials: lessons learned. Contraception 2007; 75 (6 suppl): S55–9.
36. Lopez LM et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane Database Syst Rev 2015; 7: CD007373
37. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition. Geneva: WHO, 2019.http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/family_planning/9789241563888/en/index.html.
38. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 3rd ed. Geneva: WHO, 2016.